

Dermatite nodulare e desquamativa in un cane Segugio Spagnolo

RIASSUNTO

Un cane di razza Segugio Spagnolo, di 18 mesi di età, veniva visitato per un problema di dermatite nodulare e desquamativa. Sulla base dell'esame istopatologico e dell'evoluzione clinica, una adenite sebacea idiopatica simile a quella riportata nel Vizsla appariva come la diagnosi più probabile. Tuttavia alcuni aspetti dermatopatologici e clinici, la presenza di febbre e la risposta alla terapia con glucocorticoidi, suggerivano una malattia granulomatosa-piogranulomatosa di probabile origine immunomediata non limitata alle ghiandole sebacee.

INTRODUZIONE

L'adenite sebacea idiopatica (ASI) è caratterizzata dalla progressiva distruzione delle ghiandole sebacee dovuta a un processo infiammatorio di probabile natura immunomediata.¹ Nel cane l'ASI sembra avere una base genetica dato che è più comunemente osservata in alcune razze quali il Barbone standard, l'Akita Inu, il Vizsla, l'Hovawart e l'Havane-se.^{2,3,4} La presenza di scaglie tenacemente aderenti ai peli (manicotti follicolari) è il segno clinico più suggestivo di ASI anche se nei Vizsla, e in altre razze a mantello corto, predomina un quadro di alopecia multifocale talvolta associata a placche o noduli cutanei. Inoltre nei Vizsla è descritto edema ricorrente del muso, delle palpebre e delle labbra.^{1,2} Da un punto di vista istopatologico, nei cani di razza Vizsla, l'ASI è caratterizzata da un infiltrato infiammatorio granulomatoso-piogranulomatoso nella regione dell'istmo follicolare, con possibile estensione al derma profondo e al pannicolo. Nelle fasi croniche l'infiltrato infiammatorio è scarso mentre domina l'assenza delle ghiandole sebacee.⁵ I diversi protocolli terapeutici proposti per l'ASI includono la terapia topica con shampoo cheratolitici e soluzioni emollienti, la terapia sistemica con ciclosporina A o una combinazione delle due.^{6,7} Di seguito viene descritto il caso di un Segugio Spagnolo con dermatite nodulare e desquamativa suggestiva di ASI del Vizsla ma con aspetti istopatologici e clinici suggestivi di un processo infiammatorio non limitato alle ghiandole sebacee e di probabile origine immunomediata.

DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO

Un cane di razza Segugio Spagnolo, maschio monorchide, di 18 mesi di età veniva visitato per un problema di alopecia progressiva della regione perioculare, del dorso del naso e del tronco, presente da circa 8 mesi e associata a lieve prurito. Nei due mesi precedenti la visita il cane aveva avuto due episodi febbrili che, secondo quanto riportato dal proprietario, si erano risolti dopo terapia antibiotica. Inoltre, da circa 12 mesi, in seguito alla diagnosi di ipoadrenocorticism, al cane veniva somministrato fludrocortisone per via orale alla dose totale giornaliera di 0,5 mg. Il cane viveva in casa ma aveva accesso all'esterno, era alimentato con un cibo casalingo e sottoposto a regolare profilassi vaccinale e per ectoparassiti.

L'esame fisico generale rivelava la presenza di febbre (39,5 °C) e lieve linfadenomegalia prescapolare. All'esame dermatologico si osservavano alopecia multifocale e scaglie bianche e sottili aderenti alla cute eritematosa (eritrodermia esfoliativa) sul muso (Fig. 1), sul tronco, e sugli arti, tumefazione ed erosioni perioculari e scaglie brunastre aderenti ai peli (manicotti follicolari) sulla superficie dorsale delle regioni distali degli arti, inclusi gli spazi interdigitali. Lungo la linea mediana dorsale

**Michela De Lucia¹, Luca Mechelli²,
Alessandra Fondati¹**

¹ Clinica Veterinaria Privata San Marco, Padova

² Dip.to di Scienze Biopatologiche Veterinarie,
Università degli Studi di Perugia

"Articolo ricevuto dal Comitato di Redazione il 10/02/2012 ed accettato per la pubblicazione dopo revisione il 14/06/2012".



FIGURA 1 - Cane Segugio Spagnolo, 18 mesi di età. Sono evidenti la tumefazione, l'alopecia e l'eritema della regione perioculare e del dorso del naso associati ad erosioni perioculari.



FIGURA 2 - I numerosi noduli dermici apprezzabili alla palpazione conferiscono al mantello un aspetto irregolare.

erano apprezzabili alla palpazione numerose placche e noduli dermici alcuni dei quali associati ad alopecia parziale e occasionalmente disposti secondo una configurazione lineare (Fig. 2).

Sulla base delle lesioni osservate i problemi dermatologici venivano definiti come eritrodermia esfoliativa, dermatite nodulare anche con configurazione lineare, alopecia multifocale e dermatite erosiva con tumefazione della regione perioculare.

Tra le diagnosi differenziali venivano considerate più probabili la leishmaniosi e una forma nodulare di demodicosi generalizzata ad insorgenza giovanile. Data la configurazione lineare di alcune placche e noduli nella regione dorsale, anche l'istiocitosi reattiva, cutanea o sistemica, veniva inclusa tra le diagnosi probabili. Una reazione avversa a farmaco o un linfoma epiteliotropo si consideravano invece meno probabili, soprattutto quest'ultimo in considerazione della giovane età del cane. La presenza di scaglie di colore brunoastro e di aspetto untuoso suggeriva inoltre una possibile sovracrescita o una dermatite da *Malassezia* spp. Si eseguivano esami microscopici del pelo e raschiati cutanei multipli per la ricerca di *Demodex* spp. con esito negativo. L'esame microscopico del pelo di campioni prelevati in corrispondenza delle scaglie brunastre mostrava numerosi manicotti follicolari. L'esame citologico per apposizione sulle erosioni

perioculari e per agofissione delle placche e dei noduli, mostrava un quadro infiammatorio con prevalenza di cellule macrofagico-istiocitarie in associazione ad un esiguo numero di neutrofili, in assenza di microrganismi. Il quadro veniva considerato compatibile con una malattia istiocitaria o granulomatosa apparentemente sterile. Infine, la presenza di sovracrescita di *Malassezia* spp. veniva esclusa mediante l'esame citologico di campioni ottenuti per apposizione di un frammento di nastro adesivo trasparente sugli spazi interdigitali dorsali.

Venivano eseguiti esami ematochimici e delle urine che risultavano nella norma e veniva esclusa la leishmaniosi tramite ricerca di anticorpi circolanti anti-*Leishmania* (ELISA) e di *Leishmania* spp. mediante reazione a catena della polimerasi (PCR) sul materiale aspirato da un linfonodo prescapolare.

L'esame istopatologico delle biopsie cutanee rivelava la presenza di una dermatite nodulare da granulomatosa a piogranulomatosa multifocale con prevalente orientamento periannessiale, un'adenite sebacea granulomatosa e una pannicolite piogranulomatosa (Figg. 3, 4 e 5). Sulla base del quadro istopatologico, le diagnosi differenziali considerate erano l'ASI e la cosiddetta sindrome del granuloma-piogranuloma sterile (SGPS). Per escludere la presenza di agenti eziologici si procedeva

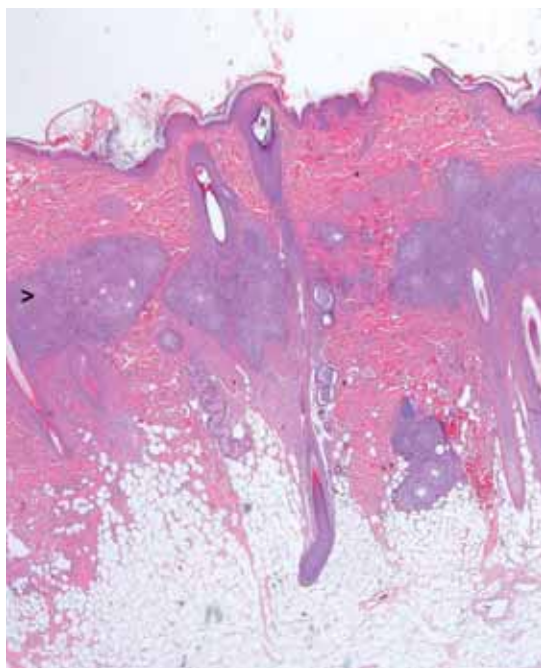


FIGURA 3 - Esame istopatologico della cute. Dermatite granulomatosa e piogranulomatosa confluyente che si estende dal derma medio fino al pannicolo adiposo e al sottocute. La freccia indica lesioni granulomatose confluenti (Ematossilina - Eosina X4).

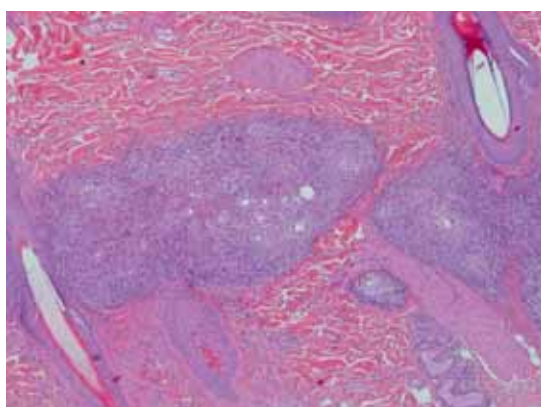


FIGURA 4 - Esame istopatologico della cute. A maggiore ingrandimento dell'area indicata dalla freccia nella Figura 3, si osservano lesioni granulomatose che coinvolgono la porzione dell'istmo associate alla mancata visualizzazione delle ghiandole sebacee (Ematossilina - Eosina X10).

all'esecuzione delle colorazioni PAS e Ziehl Neelsen, ad indagini immunoistochimiche con anticorpi policlonali anti-*Mycobacterium bovis* (BCG) e alla ricerca di *Leishmania* spp. con PCR sul tessuto incluso in paraffina. Inoltre, data l'impossibilità di stabilire sul tessuto incluso in paraffina la natura macrofagica o istiocitaria dell'infiltrato infiammatorio, non poteva essere completamente esclusa un'istiocitosi reattiva cutanea o sistemica. Per tale ragione venivano eseguite radiografie del torace ed ecografia addominale che non mostravano lesioni viscerali nodulari. In attesa dei risultati degli

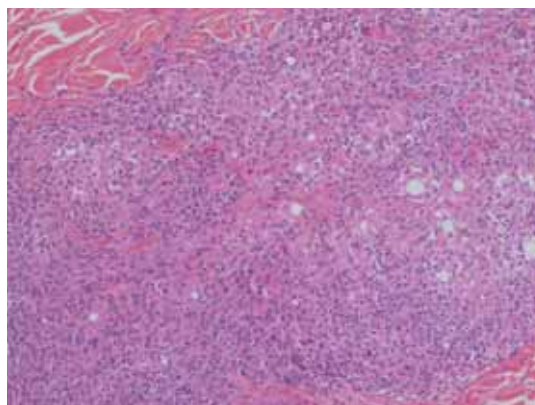


FIGURA 5 - Esame istopatologico della cute. Maggiore ingrandimento della Figura 4. Lesione piogranulomatosa caratterizzata dalla presenza di macrofagi epitelioidi, linfociti e rari neutrofili che circondano aree otticamente vuote (Ematossilina - Eosina X20).

esami istochimici, immunoistochimici e biomolecolari il cane veniva sottoposto ad una terapia con doxiciclina alla dose di 5 mg/kg per via orale ogni 12 ore, considerando che la doxiciclina viene riportata come utile in corso di malattie granulomato-piogranulomato-sterili e istiocitosi reattiva e, a differenza di altre terapie immunomodulatrici, non è controindicata in caso di infezioni fungine, batteriche o protozoarie.

Alla visita di controllo effettuata dopo 6 settimane di terapia, la tumefazione e le erosioni periorbitali apparivano risolte ma il cane presentava ancora febbre (39,3 °C) e le placche, i noduli cutanei e le aree di alopecia erano aumentate di numero. Poiché le indagini utilizzate non avevano evidenziato alcun agente eziologico, veniva prescritta una terapia con metilprednisolone alla dose di 0,8 mg/kg per via orale ogni 12 ore. A distanza di 6 giorni dall'inizio della terapia con glucocorticoidi la febbre si era risolta e le placche e i noduli cutanei non erano più palpabili. Nelle successive 10 settimane la dose di metilprednisolone somministrata veniva progressivamente ridotta fino a 0,3 mg/kg per via orale ogni 24 ore ma non sospesa perché necessaria per controllare i segni clinici dell'ipoadrenocorticismo. Inoltre data la persistenza di alopecia parziale associata a numerosi manicotti perifollicolari (Fig. 6), cioè lesioni suggestive di ASI, veniva prescritta una terapia topica con shampoo con fitosfingosine 0,1% (Douxo® Seborrhea shampoo, Sogeval, Coppell, TX, USA) e con fitosfingosine 1% spot on (Douxo® Seborrhea Spot-on, Sogeval, Coppell, TX, USA) una volta alla settimana senza miglioramenti apprezzabili. A distanza di 3 anni dall'ultimo controllo la proprietaria, contattata telefonicamente, riferiva che il cane, in ottime condizioni generali di salute, presentava ancora alopecia parziale e dermatite desquamativa con manicotti follicolari ad andamento altalenante e regressione spontanea.



FIGURA 6 - A distanza di 10 mesi dall'inizio della terapia con metilprednisolone il quadro dermatologico è caratterizzato da alopecia parziale associata a numerosi manicotti follicolari.

DISCUSSIONE

Il caso descrive una dermatite nodulare con placche, eritrodermia esfoliativa, tumefazione palpebrale e febbre in un cane di razza Segugio Spagnolo. Il quadro clinico-patologico e il decorso della malattia suggeriscono la diagnosi di ASI dei cani di razza Vizsla, segnalata anche in cani a mantello corto appartenenti ad altre razze. L'eritrodermia esfoliativa, osservata nel nostro caso, è stata descritta come possibile presentazione clinica di ASI in cani non appartenenti a razze predisposte, come può essere considerato il Segugio Spagnolo.² D'altra parte alcune caratteristiche cliniche, incluse la febbre, la predominanza iniziale delle lesioni nodulari rispetto alle desquamative e la risposta alla terapia con glucocorticoidi non possono essere considerate come tipiche dell'ASI. In particolare, l'aspetto prevalentemente nodulare della dermatite non permette di escludere definitivamente la SGPS dalle diagnosi differenziali, considerato anche il quadro dermatopatologico.⁸ Anche la rapida

scomparsa della febbre, delle placche e dei noduli dopo terapia con glucocorticoidi suggerirebbe come causa delle lesioni la SGPS, vista la non dimostrata efficacia dei glucocorticoidi nella terapia dell'ASI.² Tuttavia, la persistenza nel tempo dell'alopecia e dei manicotti follicolari lascerebbero considerare come più probabile la diagnosi di ASI. Le opzioni terapeutiche attualmente suggerite per l'ASI includono prodotti topici ad azione cheratolitica ed idratante e ciclosporina A per via orale. Vale la pena comunque sottolineare che in passato i glucocorticoidi sono stati indicati tra i farmaci in grado di migliorare il quadro clinico dell'ASI, specie se utilizzati nella fase iniziale.⁹

In conclusione, come già precedentemente ipotizzato per l'ASI del Vizsla, è possibile che questo descritto rappresenti un caso di malattia granulomatosa-piogranulomatosa diversa dall'ASI, probabilmente non limitata alle ghiandole sebacee e di origine immunomediata.

Parole chiave

Segugio Spagnolo, dermatite nodulare, dermatite desquamativa, adenite sebacea.

■ Nodular and scaling dermatitis in a Spanish Hound

Summary

A 18-month-old Spanish Hound was presented for a nodular and scaling dermatitis. Based on histopathological findings and follow up, an idiopathic sebaceous adenitis, as described in the Vizsla, was considered the most likely diagnosis. Nevertheless, dermatopathological and clinical features, presence of fever and response to glucocorticoid therapy suggested an immune mediated granulomatous-pyogranulomatous disease not limited to sebaceous glands.

Key words

Spanish Hound, nodular dermatitis, scaling dermatitis, sebaceous adenitis.

BIBLIOGRAFIA

1. Linek M. Sebaceous adenitis. In: Mecklenburg L, Linek M, Tobin DJ Ed. Hair loss disorders in Domestic Animals. Iowa: Wiley-Blackwell, 2009, pp. 253-265.
2. Scott DW, Miller WH, Griffin CE. Muller and Kirk's Small Animal Dermatology. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001, pp. 1140-46.
3. Vercelli, L. Cornegliani and L. Tronca. Sebaceous adenitis in three related Hovawart dogs [abstract]. Veterinary Dermatology 15(s1):52, 2004.
4. Frazer MM, Schick AE, Lewis TP et al. Sebaceous adenitis in Havanese dogs: a retrospective study of the clinical presentation and incidence. Veterinary Dermatology 22(3):267-74, 2011.
5. Gross TL, Ihrke PJ, Walder EJ et al: Skin diseases of the dog and cat: clinical and histopathologic diagnosis. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2005, pp. 186-188.
6. Linek M, Boss C, Haemmerling R et al. Effects of cyclosporine A on clinical and histologic abnormalities in dogs with sebaceous adenitis. Journal of the American Veterinary Medical Association 226(1):59-64, 2005.
7. Lortz J, Favrot C, Mecklenburg L et al. A multicentre placebo-controlled clinical trial on the efficacy of oral ciclosporin A in the treatment of canine idiopathic sebaceous adenitis in comparison with conventional topical treatment. Veterinary Dermatology 21(6):593-601, 2010.
8. Gross TL, Ihrke PJ, Walder EJ et al. Skin diseases of the dog and cat: clinical and histopathologic diagnosis. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2005, pp. 320-323.
9. Scott DW, Miller WH, Griffin CE. Muller and Kirk's Small Animal Dermatology. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001, pp. 555-557.